

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto económico y social de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología por método de corta estadía

Economic and Social Impact of Ambulatory Surgery in Gynecology by Short Stay Methods

Jorge Manuel Balestena Sánchez¹, Ciro M. Suárez Blanco², Diojenny Mena Cruz³, Martha M. Barrios Eriza⁴, Amelia Peña Remigio⁵

¹Especialista de Primer y Segundo Grado en Obstetría y Ginecología. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Correo electrónico: bsjorgem@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de Primer y Segundo Grado en Obstetría y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar. Hospital Docente General "Abel Santamaría". Pinar del Río.

³Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Obstetría y Ginecología. Policlínico Docente "Ernesto Che Guevara de la Serna". Sandino.

⁴ Especialista de Primer Grado en Obstetría y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Hospital Docente General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Especialista de Primer Grado en Laboratorio Clínico. Máster en Medicina Bioenergética. Profesor Asistente. "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

Recibido: 24 de junio del 2013.

Aprobado: 15 de octubre del 2013.

RESUMEN

Introducción: la introducción de la cirugía mayor ambulatoria ginecológica ha supuesto un cambio en la labor asistencial; sin embargo, su impacto social y económico en Pinar del Río no ha sido evaluado.

Objetivo: evaluar el impacto económico y social de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología por método de corta estadía.

Método: se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", Pinar del Río, en los años 2010-2011. El universo, la totalidad de operadas durante la etapa analizada (N=4887); la muestra, intencional (n=264 pacientes) en las que se aplicó el método de corta estadía (grupo de estudio). Se recogieron: tipo de cirugía,

diagnóstico principal, operación quirúrgica realizada, promedio de estadía, y costos, así como tiempo quirúrgico y nivel de satisfacción de las pacientes. Se resumieron las variables mediante frecuencias absolutas y relativas porcentuales, la media, desviación estándar e intervalo de confianza para la media al 95%. Se compararon los costos con los de la cirugía Gineco-obstétrica de pacientes hospitalizadas.

Resultados: se utilizó la cirugía mayor de corta estadía en el 37,3% de las pacientes. El fibroma uterino fue la causa quirúrgica principal, y la histerectomía total abdominal la intervención más frecuentemente realizada. Hubo un ahorro por concepto de estadía de \$204441,60; por otra parte, el tiempo quirúrgico medio fue de $47,1 \pm 13,5$ min y el 95,8% de las pacientes refirió una satisfacción buena.

Conclusiones: se comprueba que la cirugía mayor de corta estadía es costo-eficiente y representa un impacto social satisfactorio.

DeCS: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios/métodos/economía; Ginecología/clasificación/métodos.

ABSTRACT

Introduction: the introduction of ambulatory gynecological surgery has meant a change in health care services, but its social and economic impact in Pinar del Rio has not been evaluated.

Objective: to assess the economic and social impact of ambulatory surgery in gynecology by short stay method.

Method: an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional research was conducted in Abel Santamaria Cuadrado General Teaching Hospital, in Pinar del Rio, in the years 2010 and 2011. The universe was the sheer number of women operated during the period analyzed (N=4887); in the intentional sample (n=264 patients), we applied the short stay method (study group). We gathered: surgery type, main diagnosis, surgical operation performed, average stay, and costs, as well as operating time and level of patient satisfaction. Variables were summarized by absolute and relative percentage frequencies, mean, standard deviation and confidence interval, for the average at 95%. Costs were compared with those of hospitalized patients of obstetric surgery.

Results: most short stay surgeries were used in 37.3% of patients. Uterine fibroid surgery was the main cause, and total abdominal hysterectomy surgery was the most commonly performed. In concept of stay, there were savings of \$204,441.60, on the other hand, the mean operating time was 47.1 ± 13.5 minutes and 95.8% of the patients reported good satisfaction.

Conclusions: we found that most short-stay surgery is cost- efficient and represents a satisfactory social impact.

DeCS: Ambulatory surgical procedures/methods/economics; Gynecology/classification/methods.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo incesante de la ciencia y la técnica en nuestros días incorpora nuevos adelantos al quehacer del ejercicio médico y constituye un reto que obliga a recibir un nivel mínimo de información para poder dar respuesta a los exigencias de la

medicina moderna y esta necesidad es tanto más impostergable cuando se trata de la atención de la paciente ginecológica.¹

Todos los países comparten la necesidad de introducir reformas en sus sistemas sanitarios públicos o privados para conseguir mayores niveles de eficacia. Una de las medidas de control del gasto sanitario ha sido el desarrollo de fórmulas alternativas de hospitalización, como son: hospital de día, cirugía de corta estancia, hospitalización domiciliaria y cirugía ambulatoria.²

La cirugía mayor ambulatoria (CMA), sinónimo de cirugía de día o de cirugía sin ingreso, es la práctica de procedimientos quirúrgicos de mayor o menor complejidad que, independientemente del tipo de anestesia (general, regional, local o local con sedación), tras un tiempo variable de recuperación, permite a los pacientes volver a su domicilio el mismo día de la intervención.¹

La introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha supuesto un cambio en la labor asistencial y en el manejo de diversas enfermedades ginecológicas quirúrgicas permitiendo una adecuada atención a las pacientes, con una seguridad y efectividad similar a la de la cirugía convencional.³

La Cirugía Ambulatoria es tan antigua como la cirugía misma; de modo que las evidencias encontradas demuestran que la cirugía ambulatoria fue el primer recurso utilizado por el hombre primitivo. Sin embargo, los orígenes de la Cirugía Mayor Ambulatoria hay que buscarlos a principios del siglo XX, en el año 1909 en el que James H. Nicoll publicó un trabajo, ya clásico, en el que se comunicaban los resultados de una experiencia llevada a cabo desde el año 1899 en el Glasgow Royal Hospital For Sick Children, en el que se trataron quirúrgicamente y de forma ambulatoria a 8.988 niños.^{2,4}

La cirugía ambulatoria es una de las tendencias médicas más importantes en la asistencia sanitaria desde finales del siglo XX como método para disminuir las listas de espera quirúrgica y el costo hospitalario por paciente, así como para mejorar la calidad de vida del paciente operado.³

Todo esto ha generado un cambio en el planteamiento de la labor asistencial. Por una parte el paciente participa más activamente en el proceso, ya que manejará el desarrollo del preoperatorio y colaborará en el seguimiento postoperatorio; por otra parte el personal sanitario debe realizar una selección adecuada de los pacientes que serán intervenidos por esta modalidad.^{3,5}

Existen elementos que determinan la selección de las pacientes para ser intervenidas por este tipo de práctica quirúrgica, entre ellas: tipo de enfermedad quirúrgica, factores sociales (vivienda adecuada, distancia a la unidad hospitalaria, teléfono, presencia de acompañante), factores psicológicos (estabilidad emocional, aceptación voluntaria, comprensión de las indicaciones) y el estado general (valoración de la enfermedad asociada mediante examen clínico, analítico e imagenológico).^{1,3,6-8}

La cirugía ambulatoria ginecológica cobró fuerzas en Pinar del Río en el año 2001, cuando esta se inició en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado", muestra de ello fue el trabajo realizado por el entonces grupo de especialistas que allí laboraba, en el estudio realizado se refleja el incremento de esta modalidad durante los años analizados, donde el 37,74% de las pacientes fueron operadas por este método.⁹

De modo que la pregunta científica de esta investigación se basa en ¿Cómo influye la cirugía mayor ambulatoria de ginecología por el método de corta estadía en los aspectos económicos y sociales?

La finalidad de esta investigación es evaluar el impacto económico y social de la cirugía mayor ambulatoria en ginecología por método de corta estadía.

MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal en el Bloque Materno del Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río entre los años 2010 y 2011.

El universo del estudio quedó formado por la totalidad de las pacientes operadas del Servicio de Ginecología de dicha institución en el período antes mencionado (N = 4887); entre tanto la muestra, intencional según criterios de inclusión, se conformó con 264 pacientes intervenidas quirúrgicamente por la modalidad de cirugía mayor de corta estadía, escogidas por el azar simple, las 11 primeras pacientes de cada mes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

1. Paciente menor de 70 años.
2. Paciente sin enfermedades crónicas no transmisibles ó que se encontraran compensadas en el momento de la intervención.
3. Pacientes clasificada por la American Society Anesthesiology (ASA) en el grupo I o II.
4. Pacientes con fácil acceso al hospital.
5. Pacientes con acceso telefónico.
6. Información al médico de la familia.
7. Conocimiento de la paciente acerca de la intervención quirúrgica a realizar por dicha modalidad.
8. Intervención quirúrgica que comprendiera solamente útero, cuello y vagina.
9. Consentimiento de la paciente para ser intervenida por la modalidad de cirugía de corta estadía.

Como criterio de exclusión se aceptó aquellas pacientes que a pesar de poder incluirse en el estudio por el método de selección empleado, no cumplieran con alguno de los criterios antes mencionados.

De la misma manera, para la comparación de los costos se seleccionaron al azar la misma cantidad de pacientes intervenidas quirúrgicamente, pero por la modalidad de régimen de hospitalización.

Para la recogida de la información se empleó un formulario que incluía las siguientes variables: edad de la paciente, diagnóstico principal, tipo de operación realizada, estadía hospitalaria, costo de la estadía hospitalaria y nivel de satisfacción de la paciente y sus familiares. Estos datos se recogieron de las

historias clínicas individuales de cada paciente seleccionada, la ficha de costo de cada operación y el costo de estadía, así como del departamento de estadística de la institución en la que se realizó el estudio.

Para conocer el nivel de satisfacción tanto de la paciente como de sus familiares, se empleó una entrevista cara a cara.

Los datos obtenidos se introdujeron en una base de datos automatizada.

Los resultados obtenidos se resumieron a través de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, media, desviación estándar y el intervalo de confianza 95% para la media, apoyado en el paquete estadístico de Piloto.¹⁰

Aspectos éticos:

Se desarrolló el trabajo sobre la base bioética de la profesión médica, no se incurrió en agresiones al medio ambiente, ni a la sociedad, cumpliendo los principios éticos fundamentales como: el respeto por las personas o autonomía, el de beneficencia y no maleficencia, (cumplimiento ético de maximizar los beneficios y minimizar los daños). Los resultados obtenidos fueron confidenciales.

RESULTADOS

Durante el período se realizaron 4887 operaciones y de ellas el 54,4% fueron mayores, con predominio de la cirugía realizada por corta estadía (37,3%). (Tabla 1) Por otra parte, por años se distingue comparativamente que en el año 2011 hubo un incremento de la cirugía mayor (61,7%), a expensas de la corta estadía (45,2%).

Tabla 1. Cirugía de corta estadía. Distribución de las intervenciones quirúrgicas por años según modalidad utilizada.

Modalidad Quirúrgica	Años					
	2010		2011		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cirugía Mayor Ingreso	430	17,7	406	16,5	836	17,1
Cirugía Mayor Corta Estadía	712	29,4	1112	45,2	1824	37,3
Subtotal Cirugía Mayor	1142	47,1	1518	61,7	2660	54,4
Cirugía Menor Ambulatoria	1283	52,9	944	38,3	2227	45,6
Total	2425	100.0	2462	100.0	4887	100.0

Fuente: Departamento Estadística Bloque Materno Hospital "Abel Santamaría".

En cuanto a los diagnósticos principales por los cuales se intervinieron las pacientes (tabla 2) se encontró que fue el fibroma uterino el de mayor frecuencia (45,8%) seguido del prolapso uterino con 44 enfermas.

Tabla 2. Diagnósticos principales en la muestra.

Enfermedades	No.	%
Fibroma Uterino	121	45,8
Prolapso Genital	44	16,7
Hiperplasia Endometrial	17	6,4
Carcinoma in situ cervical	17	6,4
Rectocistocele e IUE	13	4,9
NIC III	4	1,5
Otras	48	18,2
Total	264	100,0

Leyenda

IUE - Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

NIC - Neoplasia Intraepitelial Cervical.

De las intervenciones quirúrgicas realizadas (Tabla 3) se encontró que la histerectomía total abdominal se realizó en 126 pacientes, seguida de la histerectomía vaginal con el 25,8%.

Tabla 3. Tipo de Intervenciones quirúrgica realizadas.

Enfermedades	n	%
Histerectomía Total Abdominal	126	47,7
Histerectomía Vaginal	68	25,8
Colporrafia anterior y posterior	13	4,9
Histerectomía Total Abdominal con Anexectomía	4	1,5
Otras	53	20,1
Total	264	100,0

Con relación a los costos (tabla 4) se tuvo en cuenta el promedio de estadía hospitalaria que en el grupo de estudio fue de 3 días en el control fue de 7. Teniendo en cuenta que el costo unitario diario de la estadía hospitalaria es de \$193.60, el costo total en el grupo de pacientes operadas por la modalidad de régimen de hospitalización fue de \$357772,80, mientras que en las pacientes intervenidas quirúrgicamente por la modalidad de corta estadía fue de \$155 331,20; lo que representa un ahorro de \$204 441,60.

Tabla 4. Costo y promedio de estadía hospitalaria.

	Grupo Estudio	Grupo Control
Promedio de Estadía Hospitalaria	3	7
Costo Unitario Estadía Hospitalaria	\$193.60 / Día	
Total de pacientes estudiadas	264	264
Costo diario	\$580.80	\$1355,20
Costo Total	\$155331,20	\$357772,80

Fuente: Departamento Economía.

El tiempo quirúrgico empleado en las intervenciones quirúrgicas (tabla 5) osciló en 158 pacientes entre 45 y 59 minutos, seguido del intervalo de 30 a 44 minutos, con el 24,24%; lo que propició que el tiempo quirúrgico medio de 47,1 min y desviación estándar de 13,5 min y por tanto un intervalo de confianza para la media al 95% de 41,3; 52,9 minutos.

Tabla 5. Tiempo quirúrgico empleado Nivel de satisfacción de las pacientes

Variables	n	%
Tiempo Quirúrgico (minutos)		
< 30 minutos	21	8,0
30 - 44 minutos	64	24,2
45 - 59 minutos	158	59,8
60 - 74 minutos	12	4,6
75 - 89 minutos	9	3,4
Total	264	100.0
Nivel de satisfacción de las pacientes		
Buena	253	95,8
Regular	8	3,0
Mala	3	1,1
Total	264	100.00

En el propio cuadro se registra el nivel de satisfacción de las pacientes operadas y se aprecia que el 95,8% de las pacientes refirieron que el método fue bueno.

DISCUSIÓN

La cirugía mayor ambulatoria ha adquirido en nuestro sistema de salud un gran auge, y esto se evidencia en los resultados obtenidos, fundamentado no solo en los avances que en materia de salud se han tenido, sino también en la aceptación de las pacientes, pues esta modalidad de cirugía es un proceso más ágil y

humanizado, además de la existencia de una menor desestructuración familiar y la disminución de la sensación de angustia que supone un ingreso hospitalario.

Múltiples son los estudios que incluyen la cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía y, en ellos se observa que existe un aumento de esta modalidad quirúrgica, por lo que esta investigación concuerda con lo antes expresado.^{1-3, 6,10-13.}

Los tipos de operaciones aquí consignadas coinciden con los diagnósticos efectuados a las pacientes, además se puede plantear que la cirugía de corta estadía es factible realizar en ginecología, pues existen las condiciones necesarias en el medio para efectuar la misma.

Se han realizados cirugías mayores ambulatorias para histeroscopia y otras operaciones en mama y cuello uterino, pero ninguna de ellas reporta las operaciones descritas en esta investigación; esto fundamenta que la modalidad de este estudio se hizo sobre la base de corta estadía.

Se ha relacionado la cirugía de corta estadía con la reducción de los costos económicos, tanto para la familia como las instituciones de salud.¹⁴

Sánchez-Beorlegui y cols¹⁵ plantean que la cirugía mayor ambulatoria no es una forma de recortar gastos económicos, sino una nueva mentalidad de trabajo encaminada a lograr comodidad y bienestar del paciente y de forma secundaria mejorar la relación costo / beneficio.

El objetivo general de la cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía, referida por muchos, es reducir el costo hospitalario, tal y como sucedió en este estudio y de forma similar a lo reportado en la literatura revisada.^{1-5-8,11-13}

Este estudio está en correspondencia con la literatura revisada la cual plantea que en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas realizadas por medio de la cirugía ambulatoria predomina el tiempo inferior a una hora, esto quizás fundamentado en las habilidades creadas por los cirujanos, la experiencia y eficacia con la cual laboran los mismos.^{11, 15}

Es importante en esta modalidad de la cirugía la satisfacción que fueron referidas por los pacientes, pues uno de los objetivos primordiales es este, o sea incrementar la aceptación por pacientes y familiares, unidos a un mínimo de complicaciones, además de ser este proceso más humanizador y ágil.

Según la literatura revisada se plantea que la gran mayoría de las pacientes tienen una amplia aceptación y satisfacción del método, por lo que este trabajo concuerda con otras investigaciones al respecto.^{1, 6,16}

Se concluye que la cirugía ginecológica mayor de corta estadía tiene una excelente relación costo-beneficio social y económico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar M, González PL, Luzardo EM, Rodríguez RI, Puertas JF. Cirugía mayor ambulatoria en pacientes operados de urgencia. MEDISAN. 2013 Jun; 17(6).

2. Martínez-Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y evolución. Reduca Serie Medicina. 2009; 1(1).
3. Cañete P, Ortiz E, Gisbert A, Sabonet L, Aparicio B, Cano A. Resultados de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Ginecológica de nuestro hospital. 31 Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sevilla; Mayo 2011.
4. Alvarado Gay FJ, Vega Silva E. La cirugía ambulatoria, una opción para mejorar la calidad de la atención. Experiencia de 15 años. Rev Especial Méd-Quirúrg. 2006; 11(3).
5. Aparicio B, Cañete P, Ortiz E, Abad A, Viñoles J. Resultados de la unidad de cirugía mayor ambulatoria ginecológica del Hospital Dr. Peset, Valencia. Fertility. 2009; 26(6).
6. Barrios Viera O, Cabrera González J. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en el estado Delta Amacuro, Venezuela. Rev Cienc Med Habana. 2008 jul-dic; 14(3).
7. Porrero JL, Sánchez-Cabezudo C. Cirugía mayor ambulatoria: una realidad necesaria. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid; enero 2011.
8. Barambio S. Cirugía Mayor Ambulatoria en Ginecología. 4ª Reunión de Cirugía Mayor Ambulatoria; 2010.
9. Balestena Sánchez JM, Suárez Blanco CM, Barrial García E, Díaz Noda V. Cirugía Ambulatoria y de corta hospitalización en el Servicio de Ginecología. Rev Ciencias Med Pinar del Río. 2003; 7(1).
10. Piloto M. Estadísticas Piloto: paquete estadístico digital educacional para las investigaciones epidemiológicas. Rev Ciencias Med Pinar del Río. 2010; 14(4).
11. Castillón Vela IT, Redondo González E, Linares Quevedo AI, Vallejo Herrador J, Ríos González E, Sáenz Medina J, et al. Cirugía de la incontinencia urinaria femenina en régimen de cirugía mayor ambulatoria: Estudio de impacto presupuestario. Arch. Esp. Urol. 2007; 60(3).
12. Erekson EA, Lopes VV, Raker CA, Sung VW. Ambulatory procedures for female pelvic floor disorders in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203(5):
13. Kidong K, Beob-Jong K, Moon-Hong K, Seok-Cheol C, Sang-Young R. Discharge criteria should be validated in patients who undergo ambulatory gynecologic surgery. J Gynecol Oncol. 2011 June 30; 22(2).
14. Sung VW, Washintong B, Raker CA. Cost of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in United State. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202(5).
15. Sánchez-Beorlegui J, Franco MJ, Escanilla P, Quintero C, Franco S, Sanz A, et al. Problemas a largo plazo de un programa hospitalario de cirugía sin ingreso. An Fac Med Lima. 2004; 65(4).
16. Márquez J, Noya M, Hooker H. Cirugía mayor ambulatoria en un grupo básico de trabajo. AMC. 2009 Dic; 13(6).

Dr Jorge M. Balestena Sánchez. Especialista de Primero y Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Master en Sexualidad. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas Pinar del Río. Ave Rafael Ferro Nro 413 interior Pinar del Río. CP 20100. Correo electrónico: bsjorgem@princesa.pri.sld.cu
